

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**SATISFAÇÃO CONJUGAL E VINCULAÇÃO  
AMOROSA EM PAIS DE CRIANÇAS COM CANCRO**

**Jessica Sofia Fernandes Arez**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica)**

**2016**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**SATISFAÇÃO CONJUGAL E VINCULAÇÃO  
AMOROSA EM PAIS DE CRIANÇAS COM CANCRO**

**Jessica Sofia Fernandes Arez**

Dissertação orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Carla Crespo

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica)**

**2016**

## **Agradecimentos**

*Aos meus pais, por me apoiarem sempre,  
independentemente das minhas decisões,  
e pelo esforço na concretização dos meus sonhos.*

*Ao meu namorado, Afonso, por todo o amor  
e tolerância, que foram fundamentais  
nos momentos mais complicados.*

*À Professora Carla Crespo,  
pela confiança depositada, pelo apoio  
nos momentos de maior desconolação e  
pela melhor orientação que poderia ter tido.*

*À Ágata pelo apoio e incentivo, pela disponibilidade,  
pelas aprendizagens e pelos sorrisos  
e palavras reconfortantes.*

*À Dra. Susana por partilhar comigo esta experiência,  
pela ajuda e, sobretudo, pela confiança.*

*Aos meus amigos, pelas gargalhadas e sorrisos,  
por me ouvirem quando mais precisei, por gostarem  
de mim da maneira que eu sou. Por caminharem comigo.*

## Índice

Introdução.....	1
I – Enquadramento Teórico.....	3
Doença Oncológica Pediátrica.....	3
Vivência Parental e Familiar do Cancro Pediátrico.....	4
Satisfação Conjugal.....	7
Vinculação Amorosa.....	10
Presente Estudo.....	13
II – Metodologia.....	13
Participantes.....	13
Procedimento.....	15
Instrumentos.....	16
Análise Estatística.....	17
III – Resultados.....	17
Estatísticas Descritivas.....	17
Resultados da Comparação de Médias entre Homens e Mulheres.....	18
Resultados da Comparação de Médias entre M1 e M2.....	19
Correlações.....	19
IV – Discussão.....	22
Caracterização da satisfação conjugal e da vinculação amorosa no M1 e M2.....	22
Associações transversais e longitudinais entre vinculação amorosa e satisfação conjugal.....	24
Limitações.....	27
Implicações para a Intervenção psicológica.....	28
Conclusão.....	29
Referências Bibliográficas.....	31
Anexos.....	41

## **Índice de Anexos**

**Anexo 1** Consentimento Informado.

**Anexo 2** Questionário Experiências em Relações Próximas - Estruturas Relacionais (ERP-ER) de Fraley, Heffernan, Vicary, e Brumbaugh (2011) – adaptação portuguesa de Moreira, Martins, Gouveia, e Canavarro (2014).

**Anexo 3** Escala de Satisfação Conjugal de Kansas (ESCK) de Schumm, Paff-Bergen, Hatch, Obiorah, Copeland, Meens, e Bugaighis (1986) - adaptação portuguesa de Antunes, Francisco, Pedro, Ribeiro, e Santos (2014).

### **Lista de Tabelas**

**Tabela 1.** Características Sociodemográficas e Clínicas da Amostra no M1 ( $N=48$ ) e no M2 ( $N=32$ ).

**Tabela 2.** Médias, Desvios Padrão e alfas de Cronbach para as variáveis em estudo.

**Tabela 3.** Diferenças de médias para homens e mulheres.

**Tabela 4.** Diferenças de médias para o M1 e M2.

**Tabela 5.** Matriz de correlações das variáveis em estudo.

## Resumo

O diagnóstico de uma criança com doença oncológica é uma experiência stressante que influencia a qualidade de vida da criança mas também todo o sistema familiar, em particular os pais. As diversas exigências da doença, nomeadamente as hospitalizações e os tratamentos complexos e prolongados, podem modificar a dinâmica da relação de casal. O presente estudo teve como objetivos: (1) caracterizar a satisfação conjugal e a vinculação amorosa de casais com um filho com cancro; (2) explorar diferenças de sexo e de acordo com o momento da doença nas variáveis em estudo; (3) examinar as associações entre a satisfação conjugal, a vinculação amorosa e variáveis sociodemográficas. Participaram neste estudo 24 díades conjugais, no primeiro momento (M1), com uma criança com diagnóstico de cancro há menos de três meses e a receber tratamento. O M2 foi realizado três meses após o primeiro e incluiu 16 casais. Os participantes preencheram, individualmente, o questionário Experiências em Relações Próximas – Estruturais Relacionais (ERP-ER), para avaliar as dimensões da vinculação amorosa: ansiedade e evitamento. A Escala de Satisfação Conjugal de Kansas (ESCK) foi usada como medida da satisfação conjugal. Os resultados demonstraram que, de uma forma geral, os participantes estavam satisfeitos com a relação conjugal e apresentavam estilos de vinculação amorosa predominantemente seguros. Verificou-se que os homens (vs. mulheres) apresentaram níveis mais elevados de evitamento no M1. Adicionalmente, as mulheres apresentaram menor satisfação conjugal e níveis mais elevado de evitamento no M2 (vs. M1). Ao nível diádico, verificou-se uma maior influência das dimensões de vinculação da mulher na satisfação conjugal do homem. Este estudo constitui um contributo à compreensão da vivência conjugal dos pais de crianças com cancro. Os resultados alertam para a importância de promover a satisfação conjugal a segurança na vinculação amorosa, os quais podem facilitar a estabilidade e equilíbrio conjugal e, consequentemente, familiar.

**Palavras-Chave:** Cancro pediátrico, díade conjugal, satisfação conjugal, vinculação amorosa

## **Abstract**

The diagnosis of a child with cancer disease is a stressful experience that influences the child's quality of life and also the entire family system, in particular the child's parents. The several demands of the disease, including hospitalizations and complex and prolonged treatment can modify the dynamics of the couple relationship. This study aimed at: (1) characterizing the marital satisfaction and romantic attachment in parents with a child with cancer; (2) explore sex and temporal differences in the study variables; (3) examine the associations between marital satisfaction, romantic attachment and sociodemographic variables. The study included 24 marital dyads, in the first moment (M1), with a child diagnosed with cancer less than three months before and receiving treatment at the time of the study. The M2 was carried out three months after the first time of assessment and included 16 couples. Participants completed, individually, the Experiences in Close Relationships – Relationship Structures (ERC-RS), to assess the dimensions of romantic attachment: anxiety and avoidance. The Kansas Marital Satisfaction Scale (KMS) was used as a measure of marital satisfaction. The results showed that, in general, participants were satisfied with the marital relationship and had predominantly secure romantic attachment styles. Men (vs. female) had higher levels of avoidance in M1. In addition, women reported lower marital satisfaction and higher levels of avoidance in M2 (vs. M1). At the dyadic level, there was a stronger influence of women's attachment dimensions in men's marital satisfaction. This study contributes to the understanding of the couple relationship of parents of children with cancer. The results emphasize the importance of promoting marital satisfaction and attachment security, which facilitate stability and equilibrium in couples and, consequently, in the families.

**Keywords:** pediatric cancer, marital dyad, marital satisfaction, romantic attachment



## **Introdução**

Todos os anos são diagnosticados novos casos de cancro pediátrico em crianças dos 0 aos 14 anos de idade. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), tem-se verificado um aumento da incidência de cancro pediátrico nos últimos anos, surgindo cerca de 14 milhões de novos casos por ano (Who, 2013).

Esta experiência acarreta diversas dificuldades tanto para a criança como para a sua família (Kazak, 1989). De acordo com Kazak (1986, 1989), o que determina a adaptação da criança são os contextos sociais em que participa. Neste sentido, a família, mais concretamente os pais, representa o contexto mais próximo de influência da adaptação da criança. No entanto, a crise emocional que, muitas vezes, é vivida pelos pais dificulta a capacidade em lidar com a doença e com todas as suas implicações (Hutchinson, Willard, Hardy, & Bonner, 2009). Para além de assumirem o papel de prestadores de cuidados à criança doente, com todas as exigências da doença e tratamentos, os pais devem, simultaneamente, continuar a responder às necessidades familiares. A relação conjugal, face a este evento stressante, poderá sofrer algumas alterações e, conseqüentemente, poderão surgir conflitos. Estes conflitos estão relacionados, sobretudo, com a falta de tempo para o parceiro, dificuldades na comunicação, aumento da sobrecarga de tarefas, conflitos na divisão das tarefas e insatisfação com a relação íntima (Gaither, Bingen, & Hopkins, 2000).

No âmbito do cancro pediátrico, grande parte da literatura centra-se, maioritariamente, na experiência da criança e, mais recentemente, na da família como um todo. De facto, são poucos e contraditórios os estudos que exploram, especificamente, o impacto da doença oncológica de um filho na relação conjugal. Alguns destes estudos referem que a vivência desta doença pode ter efeitos positivos na relação conjugal, outros sugerem efeitos negativos e, ainda, um terceiro grupo de estudos apoia a inexistência de qualquer efeito (Santos, 2010). A discrepância destes resultados parece apontar para a existência de outras variáveis com um efeito significativo ao nível da satisfação conjugal, no contexto específico do cancro pediátrico. A literatura demonstra que a vinculação amorosa é uma dessas variáveis que exerce efeitos na satisfação conjugal do casal, no entanto tem sido pouco estudada neste contexto. Um estudo recente mostrou que uma vinculação insegura entre os elementos do casal pode levar a um aumento do stress parental e, conseqüentemente, a uma maior insatisfação com a relação conjugal. Ademais, podem surgir dificuldades em cumprir as suas funções de prestação de cuidados à criança (Martins, Moreira, &

Canavarro, 2016). Sabe-se que uma vinculação amorosa segura e satisfação com a relação conjugal podem funcionar como recurso para a adaptação e estabilidade da família no contexto das doenças crónicas pediátricas (Martins et al., 2016; Silva, Pires, Gonçalves & Moura, 2002). Atendendo a estes resultados, torna-se importante compreender qual o impacto da doença crónica da criança na satisfação conjugal e o papel da vinculação amorosa na satisfação do casal. Além disto, a literatura apresenta lacunas no que diz respeito ao estudo da vinculação amorosa no contexto particular do cancro pediátrico. Assim, o presente estudo procura caracterizar, numa amostra de casais portugueses com um filho com diagnóstico de cancro, a vinculação amorosa e a satisfação conjugal em dois momentos da vivência da doença: na fase de diagnóstico e três meses depois, quando a criança se encontra já na fase de tratamento.

Em relação à estrutura da presente dissertação, esta está organizada em quatro secções. Na primeira secção – Enquadramento Teórico – surge a revisão bibliográfica sobre os principais temas associados ao cancro pediátrico e à relação conjugal, com um maior foco na vinculação amorosa e na satisfação conjugal. Seguidamente, apresenta-se a Metodologia, onde são especificados alguns aspetos do estudo, nomeadamente, os participantes, os instrumentos seleccionados e os procedimentos utilizados para desenvolver esta investigação de carácter quantitativo. Por último, seguem-se os Resultados e a Discussão, onde são apresentadas reflexões sobre os resultados à luz da literatura, bem como as limitações práticas da investigação, as implicações para estudos futuros e as principais conclusões.

## **I – Enquadramento Teórico**

### **Doença Oncológica Pediátrica**

A doença crónica é uma condição médica, física e/ou mental de longa duração que afeta a atividade habitual da criança (Santos, 2010; Van Cleave, Gortmaker, & Perrin, 2010). Em relação à incidência deste tipo de doenças, verifica-se um aumento progressivo da doença crónica na infância, estimando-se que a doença crónica afeta entre 10 e 20% da população infantil mundial (Gortmaker, Walker; Weitzman & Sobol, citado por Santos, 2010). Este aumento progressivo da prevalência de doenças crónicas é explicado pelos avanços na medicina e, consequentemente, o desenvolvimento de meios de diagnóstico e tratamento também têm contribuído para o aumento da esperança de vida (Santos, 2010).

O cancro é considerado uma doença crónica muito exigente, caracterizada por um crescimento de células anómalas que produzem tumores benignos ou malignos (Ogden, cit. por Gomes et al., 2004). Os primeiros tumores caracterizam-se por não se disseminarem pelo corpo, e os malignos, pelo contrário, progridem para outras partes do corpo, num processo denominado de *metastização* (Correia, 2011; Gomes et al., 2004). Embora haja uma grande diversidade de tumores, o termo cancro é uma definição geral que abarca essa mesma diversidade.

No contexto pediátrico, o cancro aparece como a segunda causa de morte não accidental (Silva et al., 2002; Steffen & Castoldi, 2006). Nos Estados Unidos estima-se que cerca de 15.780 crianças sejam anualmente diagnosticadas com cancro, sendo que 80% destas sobrevive mais de cinco anos. Na Europa, anualmente, são diagnosticados cerca de 14.000 casos de cancro na infância e adolescência. Por sua vez, e tal como acontece nos Estados Unidos, a taxa de sobrevivência após os 5 anos tem vindo a aumentar, rondando os 70% (Gomes et al., 2004; Steffen & Castoldi, 2006). Em Portugal, os tumores mais frequentes em crianças e adolescentes, são as leucemias e os linfomas do foro hematológico (Silva et al., 2002).

Uma das características mais distintivas do cancro pediátrico é a complexidade do seu tratamento que inclui a necessidade de internamentos e de frequentes deslocações ao hospital. As hospitalizações acarretam alguns efeitos negativos para a criança, nomeadamente, perturbações de comportamento, como hiperatividade e impulsividade, comportamentos agressivos e de desobediência; perturbações do sono; perturbações alimentares; e perturbações de controlo de esfíncteres (Liang, Chiang,

Chien, & Yeh, 2008; Long & Marsland, 2011; Santos, 2010). Este impacto negativo está frequentemente associado à ansiedade generalizada e de separação, e também a medos e fobias específicos. Ademais, grande parte dos procedimentos médicos são invasivos e muito dolorosos, provocando fadiga, sono, náuseas, alopecia, entre outros. As crianças com cancro apresentam, ainda, dificuldades na adaptação, depressão, angústia e, aquando o fim da hospitalização e dos tratamentos, stress pós-traumático (Liang et al., 2008).

### **Vivência Parental e Familiar do Cancro Pediátrico**

Além dos efeitos negativos referidos e do impacto na qualidade de vida da criança, a doença também afeta negativamente a vida familiar. A família enfrenta diversas exigências, nomeadamente, os longos períodos de hospitalização e a consequente separação dos elementos da família; os efeitos secundários do tratamento; a alteração das rotinas diárias; e as dificuldades em compreender a doença e o seu tratamento. Ademais, e dado o percurso imprevisível e incontável da doença, surgem sentimentos de angústia, dor e o medo constante da possibilidade da morte da criança (Long & Marsland, 2011; Silva et al., 2002).

De acordo com alguns estudos, esta experiência stressante está relacionada com níveis mais elevados de ansiedade e depressão, comparativamente à norma (Barrera et al., 2004; Long & Marsland, 2011). Barrera e colaboradores (2004) verificaram que os níveis de ansiedade e depressão vão aumentando desde o momento do diagnóstico. Por outro lado, alguns estudos demonstram uma diminuição constante dos sintomas ansiosos e depressivos até 18 meses após o momento do diagnóstico (Sloper, 2000). De uma forma geral, as mães de crianças com cancro parecem representar o grupo mais vulnerável a perturbação psicológica, quando comparadas com os pais do sexo masculino (Sloper, 2000). Alguns estudos, verificaram ainda que a adaptação da criança com cancro depende sobretudo do comportamento parental, ou seja, da forma como os pais respondem às necessidades específicas da criança.

Tendo em conta a teoria dos sistemas: a) os sistemas são compostos por partes interrelacionadas entre si, pelo que não se pode compreender o todo sem conhecer as partes; b) uma mudança numa parte vai levar a uma mudança nas outras partes; e c) estes sistemas tendem a manter o equilíbrio, a homeostase. A família pode ser entendida como um sistema, composto por objetos e pelos respetivos atributos e relações e também por subsistemas todos eles ligados (Alarcão, 2002). Torna-se,

assim, essencial atender à família como um todo – totalidade – não esquecendo que existem indivíduos mas, principalmente, não reduzindo a família à soma dos seus elementos ou propriedades (Alarcão, 2002). Tendo em conta esta linha de pensamento, e considerando o contexto da doença crónica pediátrica, uma mudança num elemento da família (por exemplo, um dos cuidadores terá de acompanhar a criança nas deslocações ao hospital e internamentos frequentes) vai afetar os outros elementos (por exemplo, menos tempo e energia para os restantes elementos da família, por exemplo o seu cônjuge). Estas mudanças podem levar ao desconforto e afetar o processo de homeostase, e consequentemente, conduzir ao desequilíbrio familiar (Kazak, 1986). Assim, as alterações na vida e rotina da família decorrentes da doença oncológica e seus tratamentos podem comprometer os processos de desenvolvimento da família, exigindo-se adaptações e readaptações como forma de garantir o equilíbrio familiar.

Segundo a Tipologia Psicossocial da Doença de Rolland (1995), a doença crónica coloca vários desafios às famílias. A influência da doença na família e a sua adaptação podem variar de acordo com *o início, o curso, as consequências e o grau de incapacitação da doença*. Relativamente à doença oncológica pediátrica, esta pode ter um início gradual ou agudo. Nos dois casos, exige-se uma readaptação emocional, no entanto, a doença de início agudo requer uma mobilização mais rápida dos recursos. Por seu lado, um início gradual pressupõe um ajustamento mais prolongado, que poderá envolver uma maior ansiedade por parte da família e da criança. Quanto ao curso da doença, verifica-se o desenvolvimento progressivo dos sintomas no que toca à sua gravidade. Além disto, o cancro e os tratamentos envolvem um elevado grau de incapacitação, a nível cognitivo, sensitivo, motor e/ou social. Este tipo de comprometimentos pode afetar significativamente a família, exigindo uma sucessiva adaptação e mudança de papéis, em particular do cuidador primário. Contudo, a incerteza em relação à doença oncológica, ao curso dos tratamentos, e ao futuro da criança, são os aspetos que mais influenciam a família (Rolland, 1987, 1995), verificando-se uma tendência para a tristeza e separação antecipatórias.

A outra dimensão abordada no modelo proposto por Rolland, diz respeito às *fases temporais da doença*, sendo que cada uma delas requer utilização de uma variedade de formas de ajustamento. A *fase de crise*, período desde o pré-diagnóstico até ao esclarecimento da condição de saúde da criança (Rolland, 1995; Valle, 2001), constitui uma etapa de desestruturação familiar, envolvendo um conjunto de situações

desconhecidas e muito ameaçadoras para a criança mas também para a família (por exemplo, ambiente e procedimentos hospitalares; perda do controlo da situação por falta de informação). Nesta fase, a atribuição de um significado à doença da criança é fundamental para a manutenção do equilíbrio familiar. A *fase crónica*, que vai desde o diagnóstico até à última fase (por exemplo, cura ou a morte da criança), corresponde à etapa do tratamento e à sua adesão. Atendendo à imprevisibilidade do curso dos tratamentos oncológicos e das alterações no estado de saúde da criança, verificam-se períodos de maior otimismo e outros de maior desestruturação familiar. Por fim, a *fase terminal* tem início no momento em que a morte parece uma consequência inevitável e prolonga-se até ao momento da morte. Trata-se de uma fase por tristeza, perdas, lutos e separações, que cada família lida de forma diferente, consoante os recursos que possui (Rolland, 1995; Valle, 2001). Com base nos pressupostos do modelo de Rolland, adaptação à doença oncológica pediátrica deve ser entendida como um processo dinâmico e contínuo, que atravessa as diferentes fases da doença, e com alguns avanços mas também retrocessos. Por outras palavras, a família passa por fases de maior equilíbrio e aceitação, e outras de revolta e depressão (Barros, 2003). Kazak (2004) defende que, embora a maioria das famílias consigam adaptar-se positivamente à doença, o processo é sempre muito doloroso e pode levar a dificuldades prolongadas no tempo ou crónicas.

Com efeito, e concomitante com o modelo acima descrito, a investigação tem demonstrado que a doença oncológica da criança requer, por parte da família, constantes reorganizações de papéis anteriores e a manutenção de papéis adicionais (Long & Marsland, 2011; McCubbin, Balling, Possin, Friedrich, & Bryne, 2002). A família deve lidar, dia-a-dia, com a gestão da doença e com todas as responsabilidades dela decorrentes, nomeadamente, o ajustamento e cumprimento do tratamento, característicos da fase crónica. Simultaneamente, a família tem a difícil tarefa de manter o funcionamento global familiar e preservar as rotinas diárias já existentes, de forma a manter a identidade familiar (Crespo, Santos, Canavarro, Kielpikowski, Pryor, & Féres-Carneiro, 2013). Sabe-se que, dada a sobrecarga de tarefas, o tempo em família diminui, sobretudo no período de hospitalização (Long & Marsland, 2011, Santos, Crespo, Canavarro, & Kazak, 2016). Neste período um dos cuidadores, geralmente a mãe, deixa a sua casa para acompanhar a criança ao hospital e assegurar todos os cuidados necessários. Os pais têm, geralmente, um papel facilitador à presença das mães no hospital, ficando encarregues das atividades em casa e do

cuidado dos filhos saudáveis, e ainda das questões financeiras (por exemplo, mantêm a sua atividade profissional).

### **Satisfação Conjugal**

A satisfação conjugal diz respeito à avaliação pessoal e subjetiva que cada um dos elementos faz do seu casamento e da sua relação com o cônjuge. A satisfação com a relação conjugal influencia não só o bem-estar do casal mas também o bem-estar individual (Narciso & Ribeiro, 2009).

Narciso (2001) define três tipos de fatores que influenciam a satisfação conjugal: fatores centrípetos, fatores centrífugos e o fator tempo ou percurso de vida. Os fatores centrífugos são aqueles que não estão diretamente ligados à relação conjugal mas que influenciam e são influenciados por esta. Estes fatores, periféricos ao subsistema conjugal, encontram-se divididos em fatores pessoais, como é o caso dos estilos de vinculação amorosa, fatores contextuais (por exemplo, a rede social, escola, trabalho profissional) e fatores demográficos (por exemplo, idade, género, nível socioeconómico). Também o fator tempo ou percurso de vida conjugal influencia a satisfação ou insatisfação com a relação conjugal, incluindo acontecimentos de vida normativos e não normativos. Podemos, então, considerar o cancro pediátrico como um acontecimento de vida não normativo que introduz fatores centrífugos à relação conjugal, os quais exercem influência nesta, particularmente nas perceções de satisfação.

Sabe-se que a literatura que se dedica ao tema da doença crónica e, neste caso específico, do cancro pediátrico, tem-se focado sobretudo na vivência da doença pela criança e pelo núcleo familiar como um todo, descurando um pouco a dimensão conjugal (Steffen & Castoldi, 2006). A doença crónica de uma criança representa um dos eventos de vida mais stressantes e, dessa forma, pode modificar a dinâmica do relacionamento entre o casal, através por exemplo, da intensificação de conflitos (Steffen & Castoldi, 2006). De facto, de uma forma geral, tende-se a assumir que este evento stressante tem um impacto negativo na relação de casal (Gaither, et al., 2000). No entanto, são vários os estudos que demonstram conclusões diferentes, indicando um impacto positivo. Assim, existem alguns estudos em que se verificaram efeitos negativos da doença da criança nas funções familiares, nomeadamente, índices mais baixos de satisfação conjugal e índices mais elevados de perturbação nas relações familiares (Santos, 2010). Outros estudos apontam para a inexistência de diferenças

nas funções familiares e na relação conjugal de famílias com e sem crianças com cancro (Santos, 2010). Por fim, em alguns estudos, verificaram-se efeitos positivos na relação conjugal, principalmente, uma maior união e coesão. Neste contexto, parecia haver melhor comunicação entre os casais, a qual estava positivamente associada a maior satisfação conjugal (Shapiro, Perez, & Warden, 1998).

Um estudo de Lavee & May-Dan (2003) avaliou as mudanças relacionais de 35 casais com uma criança com cancro. Os resultados demonstraram que os casais passavam por algumas mudanças no seu relacionamento, no entanto, essas mudanças eram, maioritariamente, positivas, tais como melhorias na comunicação, resolução de conflitos e confiança interpessoal. O fortalecimento da comunicação parecia estar relacionado com a partilha de emoções intensas e de responsabilidades e com o apoio mútuo para suportar as exigências da doença. De uma forma geral, a comunicação entre os casais parece ser um fator determinante na satisfação com a relação conjugal (Lavee & May-Dan, 2003; Wijnberg-Williams, Van de Wiel, Kamps, & Hoekstra-Weebers, 2015). Uma comunicação positiva entre os membros do casal ajuda-os a lidar de forma mais adaptativa com a doença da criança. Por sua vez, os casais que mantêm uma comunicação aberta e expressam os seus pensamentos e sentimentos, apresentam maior satisfação com a relação conjugal e menor risco de experienciarem problemas na relação (Wijnberg-Williams et al., 2015). Tendo em conta as mudanças negativas no relacionamento encontradas (por exemplo, sexualidade) e a duração da doença, o mesmo estudo concluiu que durante o primeiro ano e, em alguns casos, após os quatro anos ou mais, o impacto dessas mudanças na relação é mais negativo (Lavee & May-Dan, 2003). Estes resultados devem-se, sobretudo, ao período da doença em questão, por um lado, a fase inicial após o diagnóstico e, por outro lado, a possibilidade de recaída (Lavee & May-Dan, 2003).

Um outro estudo com 66 famílias de crianças recentemente diagnosticadas com cancro verificou uma diminuição dos níveis de satisfação conjugal (Hoekstra-Weebers, Jaspers, Kamps, & Klip, 1998b). Esta diminuição ocorreu de forma gradual até aos 12 meses posteriores ao diagnóstico. Resultados semelhantes emergiram num estudo de Quittner e colaboradores (1998) em que os pais de crianças com doença crónica apresentavam níveis mais elevados de conflito na relação conjugal e relatavam menos tempo para a relação de casal e para atividades recreativas, comparativamente a pais de crianças saudáveis. Nesta sequência, no âmbito do cancro pediátrico, vários estudos revelaram um impacto negativo na intimidade do casal e,



consequentemente, uma diminuição da satisfação com a relação sexual (Fletcher & Clarke, 2003; Lavee & May-Dan, 2003). No que se refere às possíveis causas para a perturbação na relação conjugal, os estudos apontam para a tomada de decisão sobre vários aspetos da doença, como a adesão ao tratamento e a definição de papéis (Kazak et al., 2001; Quitter et al., 1998; Santos, 2010); a diminuição do tempo e energia para satisfazer outras necessidades da família, verificando-se uma diminuição do tempo em casal, de atividades recreativas e da atenção aos outros filhos sem doença (Quitter et al., 1998); e a economia familiar e a dificuldade em manter o seu equilíbrio, especialmente, os custos dos tratamentos e o abandono do emprego por parte do cuidador principal (Bona, London, Guo, Frank, & Wolfe, 2015; Kazak et al., 2001; Walker, Van Slyke & Newbrough, 1992).

Yeh (2002), num estudo que contou com a participação de 164 díades mãe/pai com filhos com cancro, concluiu que o período da doença em que se verificava maior insatisfação conjugal era na fase inicial, após o diagnóstico. Especificamente eram as mães que apresentavam maiores níveis de insatisfação conjugal nesta fase, sendo que os pais não apresentavam oscilações quanto aos níveis de satisfação conjugal. Também Carrión (2005), num estudo qualitativo, verificou que as mães referiam frequentemente não se sentirem mulheres, nem esposas, apenas mães de uma criança com uma doença grave. A perceção das mães relativamente às relações de casal era que estas também se alteravam, como ilustra uma citação de uma entrevista “Dizem que isto une mas eu, pessoalmente, penso que não, isto afasta-nos muito” (Carrión, 2005, p. 8). Assim, a relação conjugal, para as mães, pode sofrer alterações negativas no contexto do cancro pediátrico (Steffen & Castoldi, 2006). De facto, as mães assumem, na maior parte das vezes, o papel de cuidadoras principais. Acompanham os seus filhos nos tratamentos e nas hospitalizações, o que pode levar, em alguns casos, à experiência de sentimentos de “abandono” e falta de suporte por parte dos companheiros. É necessário um trabalho em equipa e um equilíbrio das tarefas não só relacionadas com a doença da criança como todas as tarefas necessárias ao bem-estar familiar (Leavitt et al., 1999; McCubbin et al., 2002).

Em suma, e de acordo com Santos (2010), esta inconsistência de resultados relativamente à satisfação conjugal pode relacionar-se com questões metodológicas, como a diversidade de métricas e de populações utilizadas; os parâmetros avaliados, tendo em conta as diversas variáveis a investigar; e as diferentes abordagens teóricas e objetivos definidos que orientam as investigações realizadas. Assim, é possível

concluir que as alterações na vida familiar nem sempre são representativas de níveis elevados de insatisfação conjugal ou dificuldades significativas na relação de casal. No entanto, é evidente que a doença oncológica da criança e todas as alterações, tarefas e responsabilidades que a doença acarreta afetam o equilíbrio familiar, podendo provocar alguma tensão na sua estrutura. Relativamente ao período de maior perturbação na relação conjugal, também se tem verificado, de uma forma geral, maiores dificuldades para o casal logo após o diagnóstico da doença da criança.

### **Vinculação Amorosa**

A vinculação amorosa é um conceito fundamental no estudo das relações conjugais, no entanto, tem sido pouco explorado nas famílias com crianças com cancro. A vinculação, segundo Bowlby (1982), corresponde a um laço emocional duradouro, central para o desenvolvimento psicológico, que garante a sobrevivência e adaptação. Estas interações são guiadas por um sistema de vinculação inato que motiva os indivíduos, de todas as idades, a procurarem proximidade e apoio nos outros, especialmente em momentos de stress/ameaça. Enquanto na infância as figuras de vinculação são os pais ou outros cuidadores principais, na idade adulta podem ser os companheiros românticos ou, em alguns casos, amigos mais próximos. À medida que vão participando em relações de amizade e em relacionamentos amorosos, os indivíduos vão reconstruindo os modelos internos de si próprio e dos outros significativos que começaram a ser construídos na infância (Hazen & Shaver, 1987; Simpson & Rholes, 2017).

As interações com as figuras de vinculação podem promover um sentimento estável de segurança e resultar na construção de representações mentais positivas de si e dos outros (Mikulincer & Shaver, 2012). Por outro lado, quando as figuras de vinculação não estão disponíveis e não fornecem o apoio necessário, a proximidade procurada falha no alívio da angústia, a segurança sentida fica danificada, e são formados modelos negativos de si e dos outros e a probabilidade de estabelecer uma vinculação inseguras em relação a figuras significativas aumenta (Mikulincer & Shaver, 2014). A maioria dos estudos demonstra que esta insegurança na vinculação pode ser avaliada, na idade adulta, em termos de duas dimensões independentes: a ansiedade e o evitamento (Brennan, Clark, & Shaver, 1998; Mikulincer & Shaver, 2012; Simpson & Rholes, 2017).

Um estilo de vinculação ansioso define-se por uma preocupação excessiva de que a figura de vinculação não esteja disponível e responsiva em momentos de necessidade. Os indivíduos com vinculação ansiosa focam-se, sobretudo, nas suas próprias emoções, vulnerabilidades e necessidades de vinculação insatisfeitas (Mikulincer & Shaver, 2012). Este foco leva à menospreza da satisfação e felicidade do companheiro. Por sua vez, uma vinculação evitante caracteriza-se por uma desconfiança da boa vontade do parceiro de relacionamento e por um esforço constante em manter a independência e a distância emocional (Mikulincer & Shaver, 2014, 2012). Estes indivíduos são pouco afetuosos e evitam a partilha de informação, uma vez que essa incentiva a proximidade emocional. Ao mesmo tempo, apresentam dificuldade em descodificar as mensagens verbais e não verbais dos companheiros, não satisfazendo os seus desejos de proximidade e apoio.

Os relacionamentos românticos podem constituir-se como relações de vinculação, em que os indivíduos tendem a procurar proximidade com o seu parceiro romântico nos momentos de necessidade, de forma a aliviar a aflição e angústia e promover conforto e uma sensação de segurança (Mikulincer & Shaver, 2014). Aquando situações de stress e ameaça, como é o caso do cancro pediátrico, as experiências positivas com a figura de vinculação possibilitam um sentimento de segurança e confiança, desenvolvendo, simultaneamente, expectativas de que essas experiências stressantes podem ser superadas (Vieira & Matos, 2011). De facto, indivíduos com uma vinculação segura são mais otimistas, têm um maior sentido de controlo, autoeficácia e autoconfiança (Bartholomew & Horowitz, cit. por Vieira & Matos, 2011). Neste sentido, de acordo com um estudo com pais de crianças com diabetes, níveis elevados de evitamento estavam associados a níveis mais elevados de stress parental (Martins et al., 2016). Pais com níveis mais elevados de evitamento podem apresentar maiores dificuldades em lidar eficazmente com situações stressantes e assumir os papéis e funções de cuidador (Martins et al., 2016). No âmbito do cancro pediátrico, um estudo de Santos e colaboradores (2016), demonstrou que níveis mais elevados de evitamento nos pais estavam relacionada com um menor significado atribuído aos rituais familiares e menos coesão familiar. Um outro estudo demonstra que, em situações altamente stressantes, indivíduos com um estilo de vinculação ansioso tendem a apresentar mais sintomas depressivos (Simpson & Rholes, 2017). Além disto, estes indivíduos avaliam os seus companheiros e os relacionamentos de forma mais negativa e apresentam

comportamentos disfuncionais que prejudicam o relacionamento e a família como um todo (Mikulincer & Shaver, 2012; Simpson & Rholes, 2017).

A literatura neste domínio tem verificado de forma consistente que a vinculação ansiosa e/ou evitante estão associadas a pior qualidade do relacionamento e ajustamento dos elementos do casal (Mikulincer & Shaver, 2014). Tendo em conta vários estudos realizados, os estilos de vinculação parecem predizer o comportamento, os pensamentos e os sentimentos dos indivíduos nas suas relações amorosas (Hazan & Shaver, 1987; Simpson, 1990). A investigação tem demonstrado que os parceiros com uma vinculação segura reportam níveis mais elevados de satisfação com a relação conjugal (Hazan & Shaver, 1987). Este tipo de vinculação pressupõe confiança e amizade, verificando-se, igualmente, menos conflitos na relação conjugal, uma vez que a relação é pouco afetada pelos acontecimentos mais stressantes e negativos. Por outro lado, uma vinculação do estilo ansioso ou evitante está relacionada com maiores níveis de insatisfação com a relação conjugal (Pedro, Ribeiro, & Shelton, 2015).

Existem, no entanto, algumas discrepâncias no que diz respeito à dimensão de maior influência na satisfação conjugal. Alguns estudos defendem que é a vinculação ansiosa aquela que exerce uma maior influência negativa na satisfação conjugal de ambos os parceiros (Birnbbaum 2007; Feeney, cit. por Pedro, Ribeiro, & Shelton, 2015). A dimensão ansiosa refere-se a uma excessiva dependência emocional, hipervigilância e pouca confiança no parceiro. Estes comportamentos podem levar a um aumento dos conflitos e, conseqüentemente, a uma maior insatisfação com a relação (Birnbbaum 2007).

Contrariamente, outros trabalhos demonstram que a vinculação evitante é a que melhor prediz a insatisfação conjugal (Hazan & Shaver, 1987; Pedro, Ribeiro, & Shelton, 2015). Os indivíduos com uma vinculação evitante distanciam-se dos parceiros românticos, por apresentarem receio de relações de intimidade. Evitam também, devido à sua visão negativa e pessimista da relação, um envolvimento emocional. Estes indivíduos poderão demonstrar pouco interesse pelos parceiros e pelos momentos a dois, o que poderá levar ao descontentamento na relação (Pedro, Ribeiro, & Shelton, 2015; Dinero, Conger, Shaver, Widaman, & Larsen-Rife 2008).

Em relação aos efeitos da vinculação amorosa de um parceiro na satisfação conjugal do outro, os resultados são incongruentes. Alguns trabalhos demonstram que o estilo de vinculação dos homens prediz a satisfação conjugal das mulheres (Schaper

cit. por Marcão, 2008). Outros estudos referem um efeito dos estilos de vinculação das mulheres nos níveis de satisfação conjugal dos maridos (Alexandrov, Cowan & Cowan, 2005). No entanto, e apesar de todas estas diferenças, pode-se concluir, de forma geral, que uma vinculação insegura, tanto ansiosa como evitante, parece influenciar negativamente a satisfação conjugal do cônjuge.

### **Presente Estudo**

Grande parte dos estudos no âmbito do cancro pediátrico foca-se na adaptação da criança e, mais recentemente, na família como um todo, não existindo informação suficiente sobre o modo como os pais, enquanto casais, vivenciam o período de doença. Este estudo tem como carácter inovador o foco no subsistema conjugal neste contexto idiossincrático de adversidade. A presente investigação teve como principal objetivo caracterizar a vinculação amorosa e a satisfação conjugal de pais de crianças com cancro em dois momentos: na fase do diagnóstico e três meses depois.

Mais especificamente, testou-se a existência de diferenças de sexo nos dois momentos de avaliação, bem como de diferenças de acordo com os momentos específicos da vivência da doença nas variáveis em estudo. Examinaram-se ainda as associações entre as dimensões da vinculação amorosa e a satisfação conjugal dos elementos do casal nos dois momentos de avaliação, bem como as associações entre estas variáveis e variáveis sociodemográficas, como o número de filhos, a idades dos pais e a duração da relação.

## **II – Metodologia**

### **Participantes**

No primeiro momento de avaliação deste estudo (M1), participaram 24 casais ( $N=48$ ), todos pais biológicos de crianças com diagnóstico de cancro. Os participantes tinham entre 20 e 54 anos, sendo que a média de idades para as mulheres foi de 37.71 anos ( $DP=6.93$ ) e para os homens de 39.58 anos ( $DP=7.08$ ). A maioria dos casais ( $n=22$ ) encontrava-se numa situação de casamento e dois casais em união de facto. A média da duração da relação era de 14.25 anos ( $DP=6.78$ ), variando entre dois e 28 anos. No segundo momento de avaliação deste estudo (M2), participaram 16 ( $N=32$ ) dos 22 casais que tinham participado inicialmente, cujas idades variavam entre 27 e 54 anos. A média das idades das mulheres foi de 38.06 ( $DP=6.83$ ) e dos homens

39.50 ( $DP=7.13$ ). Catorze casais encontravam-se casados e dois em união de facto. A duração da relação variava entre dois e 28 anos, sendo a média de 14.13 anos ( $DP=6.98$ ).

No que respeita ao número de filhos, incluindo o paciente, no M1, oito casais (33.33%) tinham apenas um filho, 13 casais (54.17%) tinham dois filhos, dois casais (8.33%) tinham três filhos e, por fim, um (4.17%) casal tinha cinco filhos. O nível socioeconómico (NSE) foi medido de acordo com o sistema de classificação proposto por Simões (1994).

Relativamente às crianças com doença oncológica, no M1, 17 (70.83%) eram do sexo masculino e sete (29.17%) do sexo feminino. As idades das crianças estavam compreendidas entre 1 e os 16 anos, com uma média de 8.21 anos ( $DP=5.23$ ). Quanto ao diagnóstico, 10 (41.67%) crianças foram diagnosticadas com leucemia, nove (37.50%) com linfomas, quatro (16.67%) com tumores sólidos (exceto tumores do sistema nervoso central) e um (4.17%) com Histiocitose de células de Langerhans, todos eles numa fase primária da doença. Relativamente ao tempo do diagnóstico até ao momento da recolha dos dados, a média foi de 20.17 dias ( $DP=13.89$ ), com um valor mínimo de 1 dia e máximo de 47 dias.

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Tabela 1. *Características Sociodemográficas e Clínicas da Amostra no M1 (N=48) e no M2 (N=32)*

	M1		M2	
	n	%	n	%
Pais				
Sexo				
Feminino	24	50	16	50
Masculino	24	50	16	50
Estado Civil				
Casamento	44	91.67	28	87.50
União de Facto	4	8.33	4	12.50
Número de Filhos				
1 filho	8	33.33	5	31.25
2 filhos	13	54.17	9	56.25
3 filhos	2	8.33	1	6.25
5 filhos	1	4.17	1	6.25
Nível Socioeconómico				
Baixo	5	20.83	3	18.75
Médio-Alto	19	79.17	13	81.25
Crianças				
Sexo				
Feminino	7	29.17	6	37.50
Masculino	17	70.83	10	62.50
Diagnóstico				
Leucemias	10	41.67	5	31.25
Linfomas	9	37.50	6	37.50
Tumores sólidos (exceto do sistema nervoso central)	4	16.67	4	25.00
Histiocitose de células de Langerhans	1	4.17	1	6.25

## Procedimento

O presente estudo foi aprovado pelas Comissões de Ética do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE (IPO-Porto). A recolha da amostra ocorreu entre Agosto de 2015 e Abril de 2016 (amostragem consecutiva). Os participantes que cumpriram os critérios de inclusão foram convidados a participar no estudo. Como critérios de inclusão foram definidos: diagnóstico de cancro pediátrico até 3 meses após o mesmo; receber tratamento para um diagnóstico de cancro primário ou recidiva/ recaída; idade dos pacientes até aos 19 anos; e os pais deveriam estar numa relação amorosa há pelo menos um ano. Relativamente aos critérios de exclusão, foram definidos a comorbilidade com outras doenças crónicas (por exemplo, diabetes), atrasos no desenvolvimento, a alteração do estado civil e a mudança clínica significativa entre os dois momentos de avaliação.

Após a identificação das famílias elegíveis por parte do médico oncologista pediátrico, foi obtido o consentimento informado dos pais. Os participantes foram informados pelo investigador responsável do objetivo do estudo. Foi pedido aos pais que completassem, individualmente, medidas de autorrelato. Os participantes preencheram os questionários, em ambiente hospitalar, enquanto esperavam pelas consultas ou procedimentos médicos, e na presença de um investigador treinado. Dos elegíveis a participar, 48 forneceram dados no M1. Três meses após a primeira recolha de dados (M2), 16 casais ( $N=32$ ) responderam uma segunda vez ao protocolo de avaliação. Excluíram-se oito díades devido a mudanças clínicas significativas entre o M1 e o M2 e ao incumprimento do preenchimento do protocolo.

## **Instrumentos**

### **Experiências em Relações Próximas - Estruturas Relacionais (ERP-ER).**

Para avaliar a vinculação amorosa dos pais foi utilizada a versão portuguesa do questionário Experiências em Relações Próximas - Estruturas Relacionais (Versão original: Fraley, Heffernan, Vicary, & Brumbaugh, 2011; Versão Portuguesa: Moreira, Martins, Gouveia, & Canavarro, 2014). Esta medida de autorrelato avalia as diferenças individuais em quatro domínios relacionais: relações com a mãe, pai, parceiro romântico e melhor amigo. Este estudo foca o domínio da relação com o parceiro romântico. A escala é composta por nove itens que se dividem em duas subescalas, o evitamento (6 itens) e a ansiedade (3 itens). A dimensão ansiedade diz respeito à preocupação com a rejeição por parte do parceiro romântico (por exemplo, “Tenho medo que esta pessoa me possa abandonar”). Por outro lado, a dimensão evitamento está relacionada com as estratégias utilizadas pelos indivíduos para regular a proximidade com o parceiro romântico, associando-se a desconforto com a proximidade e com a dependência na relação (por exemplo, “Prefiro não mostrar a esta pessoa como me sinto lá no fundo”). Os nove itens que compõem a escala são avaliados numa escala de Likert de 7 pontos, em que 1 corresponde a “discordo fortemente” e 7 a “concordo fortemente”. Foram obtidas as classificações médias em cada subescala, sendo que elevadas pontuações estão relacionados com elevados níveis de ansiedade e/ou evitamento. No estudo original de Fraley e colaboradores (2011), o alfa de Cronbach para o evitamento foi de .81 e para a ansiedade .83. Em relação à confiabilidade teste-reteste, esta foi de .65 para 30 dias (Fraley, 2016). Para a nossa amostra, a consistência interna foi de .53 para a ansiedade nas mulheres e de



.90 para a ansiedade nos homens e de .72 para o evitamento nas mulheres e de .60 nos homens (Tabela 2).

**Escala de Satisfação Conjugal de Kansas (ESCK).** A satisfação conjugal dos pais foi avaliada através da versão portuguesa da Escala de Satisfação Conjugal de Kansas (Versão original: Schumm et al., 1986; Versão Portuguesa: Antunes, Francisco, Pedro, Ribeiro, & Santos, 2014). Esta medida contém três itens que avaliam a satisfação com o cônjuge, com o casamento e com a relação de casal através de uma escala de Likert de 7 pontos que variam entre 1 (Extremamente insatisfeito) e 7 (Extremamente satisfeito). Foi obtido o índice global através do somatório de todos os itens. Assim, resultados mais altos indicam níveis mais elevados de satisfação conjugal. Esta escala demonstrou uma boa consistência interna no estudo original, com valores de alfa de Cronbach de .98 para pais e mães (Schumm, Nichols, Schectman, & Grigsby, 1983). Para esta amostra o alfa foi de .97 para as mães e .98 para os pais (Tabela 2).

### **Análise Estatística**

A análise estatística foi realizada utilizando o programa estatístico IBM SPSS para o Windows (v.22, *Statistical Package for the Social Sciences*, Chicago, IL). Primeiramente, calcularam-se as estatísticas descritivas e os testes de confiabilidade para caracterizar a amostra. Para testar diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação, M1 e M2, e entre homens e mulheres tanto na satisfação conjugal como nos estilos de vinculação amorosa, foram realizados testes t-Student para amostras emparelhadas.

Por fim, calcularam-se, separadamente para homens e mulheres, as correlações entre as variáveis em estudo e entre estas e a idade dos participantes, a duração da relação e o número de filhos.

## **III – Resultados**

### **Estatísticas Descritivas**

Na Tabela 2, encontram-se, separadamente para homens e mulheres, os valores das médias, desvios-padrão e alfas de Cronbach para as variáveis em estudo. A maioria das variáveis utilizadas neste estudo não segue uma distribuição normal, no entanto, tendo em conta a natureza dos constructos, este resultado pode-se considerar comum e aceitável. Tendo em conta o ponto médio da escala de resposta de cada uma

das medidas utilizadas neste estudo, podemos considerar a média das classificações para a satisfação conjugal elevada. Já a média das respostas nas subescalas da vinculação evitante e ansiosa foram, sobretudo, baixas. Dada a reduzida dimensão da amostra no segundo momento, foram levados a cabo testes paramétricos e não paramétricos. Assim, serão apresentados os resultados relativos aos testes paramétricos, sendo feita referência apenas aos resultados díspares entre os dois tipos de testes estatísticos.

Tabela 2. *Médias, Desvios Padrão e alfas de Cronbach para as variáveis em estudo*

Variáveis	Homens		Mulheres	
	<i>M</i> (SD)	$\alpha$	<i>M</i> (SD)	$\alpha$
Evitamento – M1	1.70 (.68)	.60	1.33 (.65)	.72
Ansiedade – M1	2.15 (1.89)	.90	1.49 (1.04)	.53
Satisfação Conjugal – M1	6.49 (.53)	.98	6.53 (.79)	.97
Evitamento – M2	1.86 (.89)	.75	2.00 (1.14)	.78
Ansiedade – M2	1.60 (1.07)	.78	1.79 (1.51)	.94
Satisfação Conjugal – M2	6.13 (1.26)	1.00	6.19 (1.02)	.97

### Resultados da Comparação de Médias entre Homens e Mulheres

Para examinar a existência de diferenças de sexo nas variáveis em estudo nos dois momentos foram realizados seis testes t-Student para amostras emparelhadas. Verificou-se apenas uma diferença significativa entre homens e mulheres ao nível do evitamento no M1 [ $t(23)=2.03$ ,  $p=.05$ ], com os participantes do sexo masculino a apresentarem níveis mais elevados de evitamento ( $M=1.70$ ;  $DP=.68$ ), comparativamente aos participantes do sexo feminino ( $M=1.33$ ;  $DP=.65$ ). As restantes variáveis não diferiram entre si, consoante ilustra a tabela 3.

Tabela 3. *Diferenças de médias para homens e mulheres*

	Homens		Mulheres		<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
M1							
Evitamento	1.70	.68	1.33	.65	23	2.03	.05
Ansiedade	2.15	1.89	1.49	1.04	23	1.82	.08
Satisfação Conjugal	6.49	.53	6.53	.79	23	-.25	.81
M2							
Evitamento	1.86	.89	2.00	1.14	15	-.47	.64
Ansiedade	1.60	1.07	1.79	1.51	15	-.39	.70
Satisfação Conjugal	6.13	1.26	6.19	1.02	15	-.34	.74

## Resultados da Comparação de Médias entre o M1 e o M2

Para examinar o efeito do tempo nas variáveis em estudo, realizaram-se testes t-Student para amostras emparelhadas. Verificou-se uma diferença significativa [ $t(15)=-3.49$ ,  $p=.003$ ] no M2, sendo que os participantes do sexo feminino apresentaram níveis mais elevados de evitamento ( $M=2.00$ ;  $DP=1.14$ ) comparativamente ao M1 ( $M=1.33$ ;  $DP=.65$ ).

Também na satisfação conjugal das mulheres se verificou uma diferença marginalmente significativa [ $t(15)=2.04$ ,  $p=.059$ ], sendo que reportaram níveis mais baixos de satisfação conjugal no M2 ( $M=6.19$ ,  $DP=1.02$ ), comparativamente aos níveis de satisfação conjugal no M1 ( $M=6.53$ ,  $DP=.79$ ).

Tabela 4. Diferenças de médias para o M1 e M2

	M1		M2		<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Homens							
Evitamento	1.70	.68	1.86	.89	15	-.56	.59
Ansiedade	2.15	1.89	1.60	1.07	15	.81	.43
Satisfação Conjugal	6.49	.53	6.13	1.26	15	1.40	.18
Mulheres							
Evitamento	1.33	.65	2.00	1.14	15	-3.49	.00
Ansiedade	1.49	1.04	1.79	1.51	15	-.43	.67
Satisfação Conjugal	6.53	.79	6.19	1.02	15	2.04	.06

## Correlações

A Tabela 5 apresenta os valores das correlações entre as variáveis em estudo, tanto para os homens como para as mulheres, em ambos os momentos (M1 e M2). Tendo em conta um nível de análise individual, verificaram-se associações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo para cada um dos sexos e nos diferentes momentos. Para os homens, no que se refere ao M1, o evitamento estava negativamente correlacionado com a satisfação conjugal, verificando-se o mesmo resultado no segundo momento. Adicionalmente, a satisfação conjugal dos homens no M1 estava positivamente correlacionada com a sua satisfação conjugal no M2.

No que concerne aos resultados das mulheres, o evitamento no primeiro momento de avaliação estava positivamente associado à ansiedade e negativamente associado à satisfação conjugal no mesmo momento de avaliação. Adicionalmente, encontraram-se correlações positivas entre: o evitamento no M1 e no M2; a ansiedade

no M1 e M2; e a satisfação conjugal no M1 e M2. Os resultados mostraram também que o evitamento reportado pelas mulheres no M1 se associava a uma menor satisfação conjugal no segundo momento. Por fim, verificou-se que no M2 o evitamento se associava negativamente à satisfação conjugal no mesmo momento.

Tendo em conta o casal como unidade de análise, verificou-se que o evitamento e a ansiedade das mulheres no primeiro momento se correlacionava de forma negativa com a satisfação conjugal dos homens no primeiro e no segundo momentos. Também a ansiedade das mulheres no M1 estava associada de forma positiva ao evitamento dos homens também no M1. O evitamento das mulheres no M1 estava positivamente correlacionado com o evitamento dos homens no M2. Adicionalmente, a satisfação conjugal das mulheres no M1 e no M2 correlacionava-se de forma positiva com a satisfação conjugal dos homens no M2. Por fim, encontraram-se correlações negativas entre o evitamento das mulheres no M2 e a satisfação conjugal dos homens também no M2.

Relativamente à variável do número de filhos, esta encontrava-se negativamente correlacionada com a satisfação conjugal dos participantes, tanto do sexo masculino como do sexo feminino, nos dois momentos de avaliação. Verificou-se também que o número de filhos se encontrava positivamente correlacionado com o evitamento das mulheres no M1 e no M2. É de referir, ainda, que não se verificou qualquer correlação significativa entre a duração da relação de casal e as variáveis em estudo.

Por fim, importa referir as correlações estatisticamente significativas obtidas através dos testes não paramétricos, no segundo momento de avaliação, e que não foram verificadas nos testes paramétricos. Relativamente aos homens, o evitamento estava positivamente correlacionado com a ansiedade. Para as mulheres, verificou-se a mesma associação e também uma associação negativa entre a sua ansiedade e a própria satisfação conjugal. No que diz respeito ao casal, os resultados demonstraram uma associação negativa entre a satisfação conjugal dos homens e a ansiedade das mulheres.

Tabela 5. Matriz de correlações das variáveis em estudo.

Variáveis	M1									M2						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Homens																
1. Evitamento – M1	–															
2. Ansiedade – M1	.21	–														
3. Satisfação Conjugal – M1	-.42*	.07	–													
Mulheres																
4. Evitamento – M1	.08	-.09	-.44*	–												
5. Ansiedade – M1	.42*	.36	-.49*	.44*	–											
6. Satisfação Conjugal – M1	.09	.00	.26	-.62**	-.22	–										
Homens																
7. Evitamento – M2	.38	-.30	-.36	.61*	.23	-.41	–									
8. Ansiedade – M2	.17	-.11	-.14	-.06	.11	-.05	.34	–								
9. Satisfação Conjugal – M2	-.47	-.01	.62*	-.77**	-.52*	.64**	-.55*	.04	–							
Mulheres																
10. Evitamento – M2	.16	.00	-.45	.74**	.48	-.70**	.38	-.15	-.80**	–						
11. Ansiedade – M2	.28	.44	-.30	-.08	.53*	.08	-.07	-.09	-.10	.30	–					
12. Satisfação Conjugal – M2	-.08	.03	.48	-.70**	-.43	.74**	-.27	.18	.81**	-.88**	-.35	–				
13. Duração da relação	-.28	-.14	.05	.16	-.00	-.19	.32	.25	.20	.04	.13	.03	–			
14. Número de filhos	.07	-.10	-.42*	.47*	.36	-.47*	.23	.06	-.74**	.60*	-.07	-.62*	-.04	–		
15. Idade Homens	-.08	-.16	.10	-.07	-.16	.03	.14	.23	.16	.03	.15	.06	.69**	-.17	–	
16 Idade Mulheres	.02	-.11	-.08	-.03	-.02	-.02	.14	.36	.12	.07	.26	.00	.71**	-.03	.92**	–

Nota. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

#### **IV – Discussão**

O principal objetivo deste estudo consistiu em caracterizar a vinculação amorosa e a satisfação conjugal de pais de crianças com cancro em dois momentos: na fase do diagnóstico e três meses depois. No âmbito desta secção, primeiro irão discutir-se aspetos relativos à caracterização das variáveis, posteriormente os resultados relativos às diferenças de médias entre grupos e ao longo dos dois momentos do estudo e, finalmente, os resultados de associação - transversal e longitudinal - entre as variáveis a nível individual e diádico.

##### **Caracterização da satisfação conjugal e da vinculação amorosa no M1 e M2**

De uma forma geral, tanto os homens como as mulheres apresentaram pontuações elevadas na satisfação conjugal. Este resultado vai ao encontro de resultados de outras investigações, que sugerem que a doença oncológica da criança não interfere negativamente na satisfação conjugal dos pais (Lavee & May-Dan, 2003; Quinn, 2004). Relativamente às dimensões da vinculação, verificaram-se pontuações baixas no evitamento e na ansiedade, demonstrando a predominância de vinculação segura nos pais de crianças com cancro.

Relativamente às diferenças de sexo, no primeiro momento, os homens apresentaram níveis mais elevados de evitamento comparativamente aos níveis reportados pelas mulheres. Alguns estudos demonstram que os homens apresentam níveis mais elevados de evitamento do que as mulheres (Fraley et al., 2011; Hazan & Shaver, 1994; Kirkpatrick e Davis, 1994). Este resultado poderá, então, refletir esta diferença de sexo reportada na literatura. No contexto do cancro pediátrico, este resultado poderá também dever-se às diferentes estratégias de *coping* utilizadas. Neste sentido, um estudo de Hoekstra-Weebers, Jaspers, Kamps e Klip (1998a), que procurou explorar diferenças de sexo nas estratégias de *coping* utilizadas por pais de crianças com cancro, verificou que as mães procuravam mais apoio social comparativamente aos pais. Assim, e tendo em conta o menor envolvimento nos cuidados com a criança doente (maioritariamente assumidos pelas mães), os pais parecem procurar alguma autonomia pessoal, decorrente também da sua função em manter o equilíbrio familiar (por exemplo, economia familiar, tarefas de casa, cuidar dos filhos saudáveis). Poderá então haver uma tentativa de distanciamento relativamente à doença da criança, através da diminuição do foco no problema.

Consequentemente, poderão também distanciar-se das companheiras, cuidadoras principais da criança, numa tentativa de *normalizar* a vida familiar.

Relativamente aos momentos da vivência da doença verificou-se que as mulheres apresentaram níveis mais elevados de evitamento e menor satisfação conjugal (embora esta última de forma marginal), três meses após o momento da fase diagnóstico em que foram avaliadas. De acordo com Rolland (1987, 1995), este momento corresponde à fase do tratamento e à sua adesão, verificando-se uma maior desestruturação familiar dadas as constantes ameaças de perda da criança. Para além disto, o cancro, enquanto doença progressiva, apresenta uma evolução da sua gravidade. A mãe, enquanto cuidadora primária, depara-se com as progressivas incapacidades da criança, que pressupõem várias e rápidas adaptações e mudanças de papéis. Estas exigências podem ter um impacto em dimensões da vida conjugal, como é o caso da satisfação com a relação e da vinculação amorosa. Da mesma forma, alguns estudos têm demonstrado que as mães de crianças com cancro apresentam níveis mais elevados de stress, doze meses após o diagnóstico (Verbrugge, 1985).

Também de acordo com Hoekstra-Weebers e colaboradores (1998b), o stress associa-se a uma menor satisfação com a relação conjugal. Assim, tal como verificado em estudos anteriores, o presente estudo parece sugerir que a satisfação com a relação conjugal diminui ao longo do tempo desde o momento do diagnóstico (Hoekstra-Weebers et al., 1998b). Por sua vez, Mikulincer, Florian, Cowan e Cowan (2002) definem que uma vinculação segura se associa, entre outros aspetos, a elevados níveis de intimidade, compromisso e envolvimento emocional e a padrões de comunicação e interação positivos. Os níveis mais elevados de evitamento das mulheres, três meses após o diagnóstico, poderão estar relacionados com características clínicas, como a intensidade do tratamento e as hospitalizações. As sucessivas adaptações e mudanças exigidas ao sistema familiar poderão levar a um menor foco na relação conjugal e, consequentemente, a uma diminuição da intimidade. A criança doente e todos os cuidados que esta necessita poderão passar a ser a prioridade das mulheres, sendo que aspetos relacionados com a relação de casal podem ser descurados. Este argumento é especialmente válido para a satisfação conjugal, já que a satisfação com a relação é suscetível de sofrer flutuações ao longo do tempo e de variar consoante determinadas condições. Já o evitamento, enquanto dimensão da vinculação amorosa, corresponde a uma dimensão mais estrutural, menos passível de sofrer alterações. Porém, o facto de o cancro pediátrico ser um contexto de forte ameaça poderá desencadear mudanças

relevantes ao nível da vinculação, uma hipótese que poderá ser alvo de futuras investigações.

### **Associações transversais e longitudinais entre vinculação amorosa e satisfação conjugal**

Os resultados correlacionais demonstraram associações positivas entre o evitamento e ansiedade das mulheres, mas não dos homens, no M1 e no M2. Sabe-se que as representações de vinculação desenvolvidas na infância mantêm-se ao longo do desenvolvimento e influenciam, permanentemente, os estilos de vinculação ao longo da vida (Fraley, 2002). Não quer isto dizer, de acordo com a teoria da vinculação, que as representações que os indivíduos têm de si e dos outros não continuem a evoluir ao longo da vida com os novos relacionamentos (Collins, cit. por Fraley, 2002), mas antes que existe espaço para a estabilidade e para a mudança (Fraley, 2002). Outro aspeto que poderá influenciar estes resultados da vinculação amorosa prende-se com as propriedades psicométricas da escala utilizada. De acordo com Sibley e Liu (2004), as medidas de ambas as subescalas (ansiedade e evitamento) apresentam estabilidade temporal para um período de seis semanas. Também Fraley (2016), demonstrou, no seu estudo, uma boa confiabilidade teste-reteste, para a escala após 30 dias. Verificou-se, assim, que as estimativas de vinculação que a escala fornece são estáveis e, em grande parte, livres de erros de medição em períodos de avaliação curtos. A ausência de uma correlação significativa para a ansiedade e para o evitamento nos homens poderá dever-se ao reduzido tamanho da amostra, sobretudo para o M2.

Da mesma forma, e tal como seria previsível, a satisfação conjugal no primeiro momento estava positivamente correlacionada com a satisfação conjugal no segundo momento, tanto para mulheres como para homens.

Verificou-se ainda que, para as mulheres, no primeiro momento, quanto mais elevados os níveis de ansiedade, mais elevados eram também os níveis de evitamento. Esta associação positiva entre os dois padrões de vinculação poderá dever-se ao carácter ortogonal das duas dimensões, uma vez que os indivíduos podem obter pontuações elevadas em ambas as subescalas (Tiliopoulos & Goodall, 2009). Tal como referem Fraley e colaboradores (2011), uma distinção entre as duas dimensões não pressupõe, necessariamente, independência estatística.



Os resultados do presente estudo demonstraram também, ainda a um nível individual, que quer homens quer mulheres com níveis mais elevados de evitamento estavam menos satisfeitos com a relação conjugal avaliada no mesmo momento de forma transversal (M1 e M2) e 3 meses depois, de forma longitudinal. Os estudos nesta área têm, de modo consistente, encontrado esta mesma associação: indivíduos mais evitantes consideram-se menos capazes de fornecer apoio ao parceiro e, consideram os parceiros pouco dignos de receber esse apoio (Mikulincer & Shaver, 2014; Mikulincer & Shaver, 2012). Assim, este afastamento e falta de apoio ao parceiro e os conflitos associados ao evitamento influenciam negativamente a própria satisfação com a relação conjugal. Refletindo sobre o contexto específico deste estudo, sabe-se que a doença oncológica na infância implica uma monitorização constante e cuidados intensivos e prolongados, o que leva a um aumento dos níveis stress parental e, consequentemente, a uma menor satisfação conjugal (Yeh, 2002). Da mesma forma, num estudo com pais de crianças com diabetes, verificou-se que níveis elevados de evitamento estavam associados a níveis mais elevados de stress parental (Martins et al., 2016).

Relativamente aos resultados a nível diádico, verificou-se uma associação negativa entre ansiedade e evitamento da mulher e a satisfação conjugal do homem, no M1. No M2, apenas o evitamento das mulheres estava negativamente correlacionado com a satisfação conjugal dos homens. Verificou-se ainda, longitudinalmente, que quando as mulheres reportavam mais ansiedade e evitamento no M1, menos satisfeitos estavam os homens no M2. Estes resultados estão em consonância com estudos anteriores que apontam para a influência do evitamento na satisfação conjugal e para o facto de, no âmbito do casal, ser o homem quem mais é influenciado pelas variáveis da mulher e não o contrário. Por exemplo, Alexandrov e colaboradores (2005), num estudo que contou com a participação de 146 pais de 73 famílias, mostraram que a vinculação insegura da mulher tinha um maior efeito nos níveis de satisfação conjugal dos maridos. É então possível que o modelo interno das relações amorosas das mulheres tenha efeitos na satisfação conjugal, na sensação de segurança e no comportamento dos homens. Em suma, e segundo a abordagem sistémica, a vinculação deverá ser entendida como um constructo relacional, sendo que os estilos de vinculação dos elementos do casal vão interagir entre si, influenciando a satisfação com a relação conjugal de cada um, mas também a interação do casal (Alexandrov et al., 2005). Verificou-se também que a satisfação

conjugal da mulher no primeiro momento estava associada à satisfação dos homens no segundo momento. Ademais, como esperado, quando um dos elementos do casal está satisfeito, o outro também apresenta níveis mais elevados de satisfação, parecendo que este efeito é mais pronunciado nos homens. De facto, e tendo em conta as propriedades dos sistemas, a doença da criança vai ter repercussões em todos os elementos da família. Da mesma forma, uma mudança num elemento do casal pode levar a mudanças no outro elemento. Assim, as relações satisfatórias poderão permitir que o sistema conjugal funcione como um refúgio aos *stressores* causados pela doença da criança. Por outro lado, quando se verifica insatisfação com a relação, os níveis de stress poderão aumentar.

Verificou-se que o evitamento das mulheres no M1 estava positivamente correlacionado com o evitamento dos homens no M2. De acordo com Bowlby (1982), a perda da sensação de uma vinculação segura, pode ativar comportamentos e cognições relacionados com a proximidade. Assim, pode ser difícil sentir empatia pelos sentimentos e comportamentos das mulheres indicadores de um estilo de vinculação evitante, reagindo, em seguida, reagir de forma congruente (por exemplo, com níveis mais elevados de evitamento).

Outro efeito, ao nível diádico, foi a correlação positiva transversal, no M1 entre ansiedade da mulher e evitamento do homem. Este resultado poderá apontar para uma relação de bidirecionalidade entre ansiedade e evitamento que tem sido descrita na literatura. Indivíduos com um estilo de vinculação evitante podem tender a desconfiar da boa vontade dos parceiros e esforçar-se por manter a distância emocional e independência (Mikulincer et al., 2002). Por sua vez, o distanciamento dos homens evitantes e a sua escassa abertura emocional poderá fomentar maiores níveis de ansiedade por parte das mulheres. Da mesma forma, os sentimentos de medo e ansiedade e preocupação com a responsividade dos parceiros por parte das mulheres, poderão fomentar maiores níveis de evitamento por parte dos homens. De acordo com Hazan e Shaver (1994), e como referido anteriormente, o estilo de vinculação evitante é mais frequente nos homens, enquanto o ansioso é mais frequente nas mulheres. No entanto, as relações de mulheres ansiosas e homens evitantes são mais estáveis e duradouras uma vez que a mulher se empenha para manter a relação, enquanto que o homem tende a evitar os conflitos (Kirkpatrick e Davis, 1994).

Relativamente às variáveis sociodemográficas, verificou-se que quanto mais filhos tinha o casal, menos satisfeitos estavam quer homens, quer mulheres, nos dois momentos de avaliação. Este resultado vai ao encontro dos resultados de vários estudos que demonstram que o número e a idade das crianças podem afetar negativamente a satisfação conjugal (Twenge, Campbell, & Foster, 2003). Quando existem mais filhos para além da criança doente, os pais têm o desafio de manter o equilíbrio entre as novas funções e as restantes necessidades da família (McGrath, 2001). Assim sendo, é possível que as necessidades conjugais fiquem submersas pelas necessidades parentais e, consequentemente, o stress parental influencie a satisfação com a relação (Yeh, 2002). Para além disso, o número de filhos associou-se de forma positiva ao evitamento das mulheres nos dois momentos. Como se sabe, as mães assumem, geralmente, o papel de cuidadoras principais da criança doente, sendo que os pais ficam encarregues do cuidado dos filhos saudáveis. Esta divisão de tarefas, e o maior número de filhos, poderá levar a um maior evitamento por parte das mães, por considerarem os pais pouco disponíveis para a partilha de informação e sentimentos. Além disto, e de acordo com Santos e colaboradores (2016), o evitamento de pais de crianças com cancro parece predizer baixos níveis de coesão familiar. Desta feita, e quanto maior o número de filhos, mais elevados são os níveis de evitamento e pior pode ser o ajustamento familiar e o envolvimento e apoio conjugal.

### **Limitações**

O presente estudo apresenta limitações, nomeadamente, ao nível metodológico, no que diz respeito à amostra. O número reduzido de participantes, sobretudo no M2, limitou as opções de análise dos dados, implicando que os resultados sejam interpretados com reserva. A homogeneidade da amostra, sobretudo em termos de variáveis socioeconómicas e nas características profissionais não espelha a realidade desta população, e não permitiu avaliar o papel que estas variáveis possam ter na explicação dos resultados. Outro aspeto que constituiu uma limitação no presente estudo prende-se com o baixo nível de consistência interna da dimensão da ansiedade das mulheres, no primeiro momento. Até à data não nos foi possível identificar outro estudo que tivesse discriminado os índices de consistência interna para homens e mulheres. Contudo, este resultado foi inesperado, tendo em conta as propriedades psicométricas da escala atestadas em outros estudos e o elevado valor de

consistência interna obtido, no segundo momento, para a subescala de ansiedade nas mulheres na presente investigação.

Ao nível da avaliação, o facto de a satisfação conjugal ter sido medida com um instrumento curto e de cariz genérico limitou também a compreensão do efeito da doença oncológica na satisfação conjugal e o papel da vinculação amorosa no contexto do cancro pediátrico, como por exemplo, a identificação dos aspetos da relação conjugal que são mais afetados. Assim, seria relevante uma avaliação mais detalhada da influência de uma experiência não normativa como o cancro pediátrico, através do aumento da dimensão da amostra, utilização de instrumentos de avaliação mais específicos e recurso complementar a métodos qualitativos de investigação para se aceder aos significados individuais. Muitos dos resultados desta investigação são semelhantes aos encontrados em casais da população geral, sendo importante que a investigação futura clarifique as especificidades da vivência conjugal no contexto do cancro pediátrico.

Não obstante, importa referir que este estudo é um contributo para a investigação na área da adaptação conjugal ao cancro pediátrico, na medida em existem poucos estudos que abordem especificamente, este subsistema (Steffen & Castoldi, 2006). Salienta-se, por fim, o carácter longitudinal do nosso estudo que nos permitiu examinar possíveis flutuações na adaptação conjugal, de forma a identificar períodos mais críticos para o casal.

### **Implicações para a Intervenção Psicológica**

Tendo em conta o número de casos de cancro pediátrico diagnosticados todos os anos, tal como foi mencionado ao longo da dissertação, este estudo tem implicações importantes para a prática clínica. Esta experiência que se pode considerar “desorganizadora” pressupõe reorganizações e ajustamentos às rotinas diárias, que afetam o funcionamento global da família e, em particular, a relação conjugal (Crespo et al., 2013; Long & Marsland, 2011; Santos, 2010). Assim, para além do stress causado pela doença da criança, a sobreposição e absorção do subsistema parental ao conjugal, poderá levar a um aumento do stress entre os pais. Deste modo, a intervenção psicológica envolvendo a família é fundamental. A utilização de uma *lente sistémica* permite avaliar o funcionamento da família, os recursos e competências que já utiliza e as que pode vir a utilizar. Além disto, ao perceber a relação que existe entre a satisfação conjugal e os estilos de vinculação dos

casais, podemos, a partir dela, reduzir problemas conjugais e fomentar a segurança na vinculação amorosa. Por sua vez, estes podem promover a coesão familiar, a qualidade de vida e também, a adesão aos tratamentos (Santos et al., 2016). Mais, tendo em conta a propriedade da circularidade dos sistemas familiares, sabe-se que uma mudança na satisfação de um dos elementos do casal pode modificar a satisfação do outro elemento do casal. O mesmo acontece com a vinculação amorosa. Assim sendo, poderá ser importante promover mudanças nos padrões de vinculação dos elementos do casal, de forma a fomentar uma maior resiliência à situação stressante (Mikulincer & Shaver, 2012). É igualmente importante ter em conta as diferentes fases psicossociais da doença, uma vez que estas pressupõem diferentes desafios e reorganizações por parte da família. Desta feita, alguns pais poderão apresentar níveis mais elevados de insatisfação conjugal e vinculação insegura num determinado momento da doença, consoante os recursos disponíveis para responder às exigências. Para tal, deverão ser feitas avaliações pelos profissionais de saúde, através de questionários e entrevistas.

Por fim, parece uma mais valia a implementação de programas de apoio para os pais de crianças com cancro. Como verificámos, esta situação stressante influencia a relação conjugal, nomeadamente a satisfação com a relação. Adicionalmente, e de acordo com Rolland (1995), a falta de informação sobre a doença e sobre os procedimentos médicos também constituem uma fonte de stress. Desta forma, verifica-se a importância da partilha de informação com profissionais de saúde e com outros pais na mesma situação. Esta partilha de experiências, de medos e inseguranças, poderá potenciar a utilização de estratégias que aumentem o sentido de autoeficácia, *normalizar* a experiência e proporcionar modelos de aprendizagem. Além disto, poderá aumentar a perceção de controlo, de forma a melhorar a adaptação às exigências da doença e manter um equilíbrio entre a vida familiar e social.

## **Conclusão**

Os resultados do presente estudo oferecem um contributo para a compreensão das relações amorosas de pais de crianças com cancro. Os dados sugerem que quer a vinculação amorosa, quer a satisfação conjugal poderão ser afetadas por esta condição de saúde dos filhos. Adicionalmente, tal como em estudos com a população geral, também neste estudo se verificou que as dimensões da vinculação parecem predizer o

comportamento, os pensamentos e os sentimentos dos indivíduos e dos cônjuges nas suas relações amorosas (Hazan & Shaver, 1987; Simpson, 1990).

Ao nível das diferenças de sexo, verificou-se que os homens apresentavam níveis mais elevados de evitamento no momento do diagnóstico. Ao nível das diferenças entre momentos de vivência da doença, verificou-se que três meses após o diagnóstico, as mulheres reportam mais evitamento e menor satisfação conjugal, indicando uma deterioração da satisfação neste período temporal específico. Outro resultado importante é que parece haver uma maior influência das dimensões da vinculação da mulher na satisfação conjugal do homem do que vice-versa. Em conclusão, o padrão de mudanças e de influências encontrado alinha os nossos resultados com os de outras investigações que apoiam a ideia que, tendo em conta as diferentes relações estabelecidas ao longo da vida, os modelos internos de vinculação originais estão abertos a revisão (Bowlby, 1982; Hazan & Shaver, 1987).

## Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistemática*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Alexandrov, E. O., Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2005). Couple attachment and the quality of marital relationships: Method and concept in the validation of the new couple attachment interview and coding system. *Attachment and Human Development*, 7, 123–152. doi:10.1080/14616730500155170
- Barrera, M., Wayland, L. A., D’Agostino, N. M., Gibson, J., Weksberg, R., & Malkin, D. (2004). Developmental differences in psychological adjustment and health-related quality of life in pediatric cancer patients. *Children’s Health Care*, 32(3), 215–232. doi:10.1207/S15326888CHC3203\_3
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Birnbaum, G. E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24(1), 21-35. doi: 10.1177/0265407507072576
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York, NY: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 6-64. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x
- Bona, K., London, W. B., Guo, D., Frank, D. A., & Wolfe, J. (2015). Trajectory of Material Hardship and Income Poverty in Families of Children Undergoing Chemotherapy: A Prospective Cohort Study. *Pediatric blood & cancer*, 63(1), 105-111. doi:10.1002/pbc.25762

- Carrión, P. G. (2005). Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. *Nure Investigación*, 2(16), 1-16.
- Crespo, C., Santos, S., Canavarro, M. C., Kielpikowski, M., Pryor, J., & Féres-Carneiro, T. (2013). Family routines and rituals in the context of chronic conditions: A review. *International Journal of Psychology*, 48(5), 729-746. doi:10.1080/00207594.2013.806811
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644–663. doi:10.1037/0022-3514.58.4.644
- Correia, A. M. D. S. (2011). *A experiência subjectiva da vivência da doença em sobreviventes de cancro na infância e as suas motivações para o voluntariado em oncologia pediátrica: estudos de caso*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Dinero, R. E, Conger, R. D., Shaver, P. R., Widaman, K. F., & Larsen-Rife, D. (2008). Influence of family of origin and adult romantic partners on romantic attachment security. *Journal of Family. Psychologist.*, 22(4), 622-632. doi:10.1037/a0012506
- Feeney, J. A. (1994). Attachment style, communication patterns, and satisfaction across the life cycle of marriage. *Personal Relationships*, 1(4), 333-348. doi:10.1111/j.1475-6811.1994.tb00069.x
- Fletcher, P. C., & Clarke, J. N. (2003). When your child has cancer: A discussion of factors that affect mothers' abilities to cope. *Journal of Psychosocial Oncology*, 21(3), 81-99. doi:10.1300/J077v21n03\_05



- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123-151. doi:10.1207/S15327957PSPR0602\_03
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships–Relationship Structures questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23(3), 615–625. doi:10.1037/a0022898
- Fraley, R. C. (2016). Relationship Structures (ECR-RS) Questionnaire. University of Illinois at Urbana-Champaign. Retirado de <http://internal.psychology.illinois.edu/~rcfraley/measures/relstructures.htm>
- Gaither, R., Bingen, K., & Hopkins, J. (2000). When the bough breaks: The relationship between chronic illness in children and couple functioning. In K. Schmalting & T. Sher (Eds.), *The Psychology of Couples and Illness: Theory, Research, & Practice* (pp. 337-365). Washington: American Psychological Association.
- Gomes, R., Pires, A., Moura, M., Silva, L., Silva, S., & Gonçalves, M. (2004). Comportamento parental na situação de risco do cancro infantil. *Análise Psicológica*, 22(3), 519-531. doi:10.14417/ap.224
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*, 5(1), 1-22. doi:10.1207/s15327965pli0501\_1
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511
- Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Jaspers, J. P., Kamps, W. A., & Klip, E. C. (1998a). Gender differences in psychological adaptation and coping in parents of

pediatric cancer patients. *Psycho-Oncology*, 7(1), 26-36.  
doi:10.1002/(SICI)1099-1611

Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Jaspers, J. P. C., Kamps, W. A., & Klip, E. C. (1998b). Marital dissatisfaction, psychological distress, and the coping of parents of pediatric cancer patients. *Journal of Marriage and the Family*, 60(4), 1012-1021. doi:10.2307/353642

Hutchinson, K. C., Willard, V. W., Hardy, K. K., & Bonner, M. J. (2009). Adjustment of caregivers of pediatric patients with brain tumors: a cross-sectional analysis. *PsychoOncology*, 18(5), 515–523. doi:10.1002/pon.1421

Kazak, A. E. (1986). Families with physically handicapped children: Social ecology and family systems. *Family Process*, 25(2), 265-281. doi:10.1111/j.1545-5300.1986.00265.x

Kazak, A. E. (1989). Families of chronically ill children: A systems and social-ecological model of adaptation and challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 25-30. doi:10.1037/0022-006X.57.1.25

Kazak, A. E., Prusak, A., McSherry, M., Simms, S., Beele, D., Rourke, M. T., ... Lange, B. (2001). The Psychosocial Assessment Tool (PAT): Pilot data on a brief screening instrument for identifying high risk families in pediatric oncology. *Families, Systems and Health*, 19(3), 303-317. doi:10.1037/h0089454

Kazak, A., McClure, K., Alderfer, M., Hwang, W., Crump, T., Le, L. ... Rourke, M. T. (2004). Cancer-related parental beliefs: The Family Illness Beliefs Inventory (FIBI). *Journal of Pediatric Psychology*, 29 (7), 531-542. doi:10.1093/jpepsy/jsh055

Kirkpatrick, L. A., & Davis, K. E. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of personality and social psychology*, 66(3), 502. doi:10.1037/0022-3514.66.3.502

- Lavee, Y., & Mey-Dan, M. (2003). Patterns of change in marital relationships among parents of children with cancer. *Health and Social Work*, 28(4), 255-263. doi:10.1093/hsw/28.4.255
- Leavitt, M., Martinson, I. M., Liu, C. Y., Armstrong, V., Hornberger, L., Zhang, J. Q., & Han, X. P. (1999). Common themes and ethnic differences in family caregiving the first year after diagnosis of childhood cancer: Part II. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(2), 110-122. doi:10.1016/S0882-5963(99)80045-1
- Liang, H. F., Chiang, Y. C., Chien, L. Y., & Yeh, C. H. (2008). A comparison of emotional/behavioral problems between Taiwanese children with cancer and healthy controls. *Journal of Clinical Nursing*, 17(3), 304–311. doi:10.1111/j.1365- 2702.2006.01925.x
- Long, K. A., & Marsland, A. L. (2011). Family adjustment to childhood cancer: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 57-88. doi:10.1007/s10567-010-0082-z.
- Marcão, A. M. G. (2008). *Dimensões da conjugalidade e as relações com as diferenças de sexo e de nível de escolaridade*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Martins, T. C., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2016). Adult attachment and dyadic adjustment: The mediating role of shame. *The Journal of psychology*, 150(5), 560-575. doi:10.1080/00223980.2015.1114461
- McCubbin, M., Balling, K., Possin, P., Frierdich, S., & Bryne, B. (2002). Family resiliency in childhood cancer. *Family Relations*, 51(2), 103-111. doi:10.1111/j.1741- 3729.2002.00103.x
- McGrath, P. (2001). Findings on the impact of treatment for childhood acute lymphoblastic leukaemia on family relationships. *Child and Family Social Work*, 6, 229-237. doi:10.1046/j.1365-2206.2001.00200.x

- Mendes, T., & Crespo, C. (2014). Adaptação individual e familiar na epilepsia pediátrica: Revisão empírico conceptual. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 314-334. doi:10.15309/14psd150202
- Mikulincer, M., Florian, V., Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2002). Attachment security in couple relationships: A systemic model and its implications for family dynamics. *Family process*, 41(3), 405-434. doi:10.1111/j.1545-5300.2002.41309.x
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). Adult attachment orientations and relationship processes. *Journal of Family Theory & Review*, 4(4), 259-274. doi: 10.1111/j.1756-2589.2012.00142.x
- Moreira, H., Martins, T., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2014). Assessing adult attachment across different contexts: Validation of the Portuguese version of the Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 97(1), 22-30. doi: 10.1080/00223891.2014.950377
- Narciso, I. (2001). *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas: à procura do padrão que liga*. Tese de doutoramento, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Narciso, I., & Ribeiro, M. T. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Patterson, J. M., Holm, K. E., & Gurney, J. G. (2004). The impact of childhood cancer on the family: a qualitative analysis of strains, resources, and coping behaviors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 390-407. doi:10.1002/pon.761
- Pedro, M. F., Ribeiro, T., & Shelton, K. H. (2015). Romantic attachment and family functioning: The mediating role of marital satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3482-3495. doi:10.1007/s10826-015-0150-6

- Quinn, S. (2004). The long-term psychosocial effects of cancer diagnosis and treatment on children and their families. *Social Work in Health Care*, 39(2), 129-149. doi:10.1300/J010v39n01\_09
- Quittner, A., Opipari, L., Espelage, D., Eid, B., & Eigen, H. (1998). Role strain in couples with and without a child with a chronic illness: Associations with marital satisfaction, intimacy and daily mood. *Health Psychology*, 17(2), 112-124. doi:10.1037/0278-6133.17.2.112
- Roddenberry, A., & Renk, K. (2008). Quality of life in pediatric cancer patients: The relationships among parents' characteristics, children's characteristics, and informant concordance. *Journal of Child and Family Studies*, 17(3), 402–426. doi:10.1007/s10826-007-9155-0. doi:10.1007/s10826-007-9155-0
- Rolland, J. (1987). Chronic illness and life cycle: A conceptual framework. *Family Process*, 26(2), 203-221. doi:10.1111/j.1545-5300.1987.00203.x
- Rolland, J. (1988). Family systems and chronic illness: A typological model. In F. Walsh & C. M. Anderson (Eds.), *Chronic disorders and the family*. New York: The Haworth Press.
- Rolland, J. (1995). Doença Crônica e o Ciclo de Vida Familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no Ciclo de Vida Familiar. Uma estrutura para a Terapia Familiar* (pp. 373-392) (2ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Santos, M. (2001). Intervenção Psicológica com Pais de Crianças com Doença Crônica – Abordagem Construtiva Desenvolvimentista. *Cadernos de Consulta Psicológica*. 17, 45-57.
- Santos, M. (2010). *Vivência parental da doença crônica: Estudo sobre a experiência subjectiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes*. Lisboa: Edições Colibri.

- Santos, S., Crespo, C., Canavarro, M. C., & Kazak, A. E. (2016). Parents' romantic attachment predicts family ritual meaning and family cohesion among parents and their children with cancer. *Journal of pediatric psychology*, jsw043. doi:10.1093/jpepsy/jsw043
- Schumm, W. A., Nichols, C. W., Schectman, K. L., & Grigsby, C. C. (1983). Characteristics of responses to the Kansas Marital Satisfaction Scale by a sample of 84 married mothers. *Psychological Reports*, 53(2), 567-572. doi:10.2466/pr0.1983.53.2.567
- Schumm, W. R., Paff-Bergen, L. A., Hatch, R. C., Obiorah, F. C., Copeland, J. M., Meens, L. D., & Bugaighis, M. A. (1986). Concurrent and discriminant validity of the Kansas Marital Satisfaction scale. *Journal of Marriage and the Family*, 48(2), 381-387. doi:10.2307/352405.
- Sélos, P. R., Costa, P. C. P., & Toledo, V. P. (2014). Living at a house for support during childhood cancer treatment: maternal perceptions. *Journal of Nursing*, 8(6), 1474-1481. doi:10.5205/01012007
- Shapiro, J., Perez, M., & Warden, M. J. (1998). The importance of family functioning to caregiver adaptation in mothers of child cancer patients: Testing a social ecological model. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 15(1), 47-54. doi:10.1177/104345429801500107
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2014). Attachment bonds in romantic relationships. In M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.), *Mechanisms of social connection: From brain to group* (pp. 273-290). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sibley, C. G., & Liu, J. H. (2004). Short-term temporal stability and factor structure of the revised experiences in close relationships (ECR-R) measure of adult attachment. *Personality and individual differences*, 36(4), 969-975. doi:10.1016/S0191-8869(03)00165-X

- Silva, F. M., Jacob, E., & Nascimento, L. C. (2010). Impact of childhood cancer on parents' relationships: An integrative review. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(3), 250-261. doi:10.1111/j.1547-5069.2010.01360.x\_
- Silva, S., Pires, A., Gonçalves, M., & Moura, M. D. J. (2002). Cancro infantil e comportamento parental. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 43-60. doi:10.14417/ap.224
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 971-980. doi:10.1037/0022-3514.59.5.971
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2017). Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Current opinion in psychology*, 13(1), 19-24. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.04.006
- Sloper, P. (2000). Predictors of distress in parents of children with cancer: A prospective study. *Journal of pediatric psychology*, 25(2), 79-91. doi:10.1093/jpepsy/25.2.79
- Steffen, B., & Castoldi, L. (2006). Sobrevivendo à Tempestade: A Influência do Tratamento Oncológico de um Filho na Dinâmica Conjugal. *Psicologia Ciência e Profissão*, 3(26), 406-425. doi:10.1590/s1414-98932006000300006
- Tiliopoulos, N., & Goodall, K. (2009). The neglected link between adult attachment and schizotypal personality traits. *Personality and Individual Differences*, 47(4), 299-304. doi:10.1016/j.paid.2009.03.017
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of marriage and family*, 65(3), 574-583. doi: 10.1111/j.1741-3737.2003.00574.x
- Valle, E. R. M. (2001). *Psico-oncologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Van Cleave, J., Gortmaker, S. L., & Perrin, J. M. (2010). Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. *Jama*, 303(7), 623-630. doi:10.1001/jama.2010.104
- Verbrugge, L. (1985). Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156-182. doi:10.2307/2136750
- Vieira, J., & Matos, P. M. (2011). Preditores da satisfação e do stress na parentalidade: O papel da vinculação romântica. *Psicologia, Educação e Cultura*, 15(1), 125-144.
- Walker, L., Van Slyke, D., & Newbrough, J. R. (1992). Family resources and stress: A comparison of families of children with cystic fibrosis, diabetes and mental retardation. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(3), 327-343. doi:10.1093/jpepsy/17.3.327
- Wijnberg-Williams, B. J., Van de Wiel, H. B. M., Kamps, W. & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2015). Effects of communication styles on marital satisfaction and distress of parents of pediatric cancer patients: A prospective longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 24(1), 106-112. doi:10.1002/pon.3617
- Who (2013). Latest world cancer statistics Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed. Retirado de [http://www.iarc.fr/en/mediacentre/pr/2013/pdfs/pr223\\_E.pdf](http://www.iarc.fr/en/mediacentre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf).
- Yeh, C. H. (2002). Gender differences of parental distress in children with cancer. *Journal of advanced nursing*, 38(6), 598-606. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.02227.x



## **Anexos**

## **PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

### ***Rastreio psicossocial no cancro pediátrico:***

#### ***Versão Portuguesa (Portugal) do Instrumento de Avaliação Psicossocial***

---

#### ***Informação ao participante:***

**Objetivo Geral:** Esta investigação pretende compreender os fatores associados ao bem-estar de crianças e adolescentes com cancro e dos seus cuidadores familiares. Com este projeto pretende-se recolher informação que possa, futuramente, contribuir para uma melhoria da intervenção junto das famílias por parte dos profissionais de saúde e de instituições de apoio e acolhimento.

**Instituição:** Este é um projeto de investigação coordenado por uma investigadora da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. A responsabilidade do tratamento dos dados é da exclusiva responsabilidade dos investigadores envolvidos.

**Papel dos Participantes:** A sua colaboração neste projeto consiste no preenchimento de questionários de autorresposta. Será contactado/a uma segunda vez, daqui a 4 meses para o mesmo efeito. Todos os questionários e fichas de dados serão identificados por um código e os dados serão tratados apenas colectivamente de forma a garantir, em todos os momentos, a confidencialidade dos participantes. Em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida) pode negar-se a responder a uma qualquer pergunta (sem ter de se justificar) e/ou pode desistir de colaborar neste projeto sem que por isso sejam prejudicados no atendimento clínico que vos é disponibilizado.

**Risco de participação no estudo:** Não existem riscos associados ao preenchimento dos questionários para este estudo.

**Benefícios de participação no estudo:** Não irá receber nenhum benefício imediato por participar neste estudo. No entanto, a informação recolhida no estudo beneficiará no futuro pessoas crianças/adolescentes com cancro e respectivos cuidadores familiares.

**Papel dos Investigadores:** Os investigadores deste projeto comprometem-se a: garantir total confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes; utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação (os resultados têm unicamente valor coletivo).

#### ***Consentimento Informado:***

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter consciência dos objetivos e procedimentos do presente projeto.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

**Anexo 2** Questionário Experiências em Relações Próximas - Estruturas Relacionais (ERP-ER) de Fraley, Heffernan, Vicary, e Brumbaugh (2011) – adaptação portuguesa de Moreira, Martins, Gouveia, e Canavarro (2014).

**ECR-RS**

**Versão original:** Fraley, 2011; **Tradução e adaptação:** Moreira & Canavarro, 2012

**Instruções:** Por favor, responda às seguintes questões relativamente à relação que tem com a sua **mãe ou figura materna**, ao seu **pai ou figura paterna**, ao(à) seu(sua) **companheiro(a)** (e.g., marido(esposa), namorado(a), etc.) e ao(à) seu(sua) **melhor amigo(a)**.

Discordo fortemente	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo fortemente
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

	Mãe (se aplicável)	Pai (se aplicável)	Companheiro(a) (se aplicável)	Melhor amigo(a) (se aplicável)
1. Ajuda-me poder contar com esta pessoa em situações de necessidade	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
2. Costumo discutir os meus problemas e preocupações com esta pessoa	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
3. Eu debato/converso sobre as coisas com esta pessoa	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
4. Para mim é fácil confiar nesta pessoa	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
5. Não me sinto confortável em “abrir-me”/desabafar com esta pessoa	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
6. Prefiro não mostrar a esta pessoa como me sinto lá no fundo	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
7. Preocupo-me frequentemente que esta pessoa não goste realmente de mim	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
8. Tenho medo que esta pessoa me possa abandonar	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
9. Preocupo-me que esta pessoa não goste tanto de mim quanto eu gosto dela	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

**Anexo 3** Escala de Satisfação Conjugal de Kansas (ESCK) de Schumm, Paff-Bergen, Hatch, Obiorah, Copeland, Meens, e Bugaighis (1986) - adaptação portuguesa de Antunes, Francisco, Pedro, Ribeiro, e Santos (2014).

**ESCK**

(Versão original: Schumm et al., 1986;; Versão portuguesa: Antunes, Francisco, Pedro, Ribeiro, & Santos, 2014)

**Instruções:** Por favor avalie o grau de satisfação com a relação de casal que tem atualmente com a(o) sua/seu companheira(o), recorrendo à escala de resposta que se segue:

Extremamente Insatisfeito(a)	Muito Insatisfeito(a)	Um Pouco Insatisfeito(a)	Nem Insatisfeito(a) nem Satisfeito(a)	Um Pouco Satisfeito(a)	Muito Satisfeito(a)	Extremamente Satisfeito(a)
1	2	3	4	5	6	7

1. Em que medida está satisfeito(a) com a sua relação de casal?	1	2	3	4	5	6	7
2. Em que medida está satisfeito(a) na relação com a(o) sua/seu companheira(o)?	1	2	3	4	5	6	7
3. Em que medida está satisfeito(a) com a(o) sua/seu companheira(o) enquanto cônjuge?	1	2	3	4	5	6	7